

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE 843 N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Renée LANCIEU

Née le 4 Mai 1910, à Tréguier (Côtes-du-Nord)

REMARQUES SUR LA SÉMÉIOLOGIE
ET LA MORTALITÉ
DES HÉMORRAGIES GASTRO-DUODÉNALES

(Travail statistique du Service de M. le Docteur Félix RAYMOND)

Président : M. CARNOT, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Renée LANCIEN

Née le 4 Mai 1910, à Tréguier (Côtes-du-Nord)

REMARQUES SUR LA SÉMÉIOLOGIE

ET LA MORTALITÉ

DES HÉMORRAGIES GASTRO-DUODÉNALES

(Travail statistique du Service de M. le Docteur Félix RAYMOND)

Président : M. CARNOT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER ... Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE ... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON.. Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT.....		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY- RADOT.....			
SÉZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
GUÉNIOT	
LE LORIER.....	
LÉVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Dont l'affection et le dévouement
ont été le soutien de toutes mes
études, je dédie ce travail en faible
témoignage de ma reconnaissance;*

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

Professeur de clinique médicale

Médecin de l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. En témoignage de profonde
reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND

Médecin de l'hôpital St-Antoine

Auprès duquel nous avons toujours trouvé un accueil si bienveillant. Nous le prions de bien vouloir agréer avec nos hommages de respectueuse gratitude, l'assurance de notre profond attachement;

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHÊNE

Ancien interne des hôpitaux de Paris
Assistant à l'hôpital St-Antoine

Qui nous a inspiré ce travail et dirigé de ses conseils éclairés ; qu'il trouve ici l'expression de notre très affectueuse et respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUELIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Au cours d'un séjour de plus d'un an dans le service de notre maître, Monsieur le Docteur Félix RAMOND, il nous a été donné d'observer, sous la direction de Monsieur le Docteur CHÊNE, un certain nombre de cas d'hémorragies gastro-duodénales. Leur étude a retenu notre attention à la suite des discussions du Congrès de Chirurgie français de 1933, où nous avons été frappés d'entendre développer des arguments divergents sur leur gravité, leur mortalité, leur thérapeutique.

Recherchant alors dans la littérature l'avis des auteurs s'étant attachés à cette question, nous n'avons pas manqué d'être surpris d'y retrouver les mêmes divergences d'opinions.

Et la gravité de ces accidents reste à l'heure actuelle une chose fort discutée.

Pendant tout notre séjour dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital St-Antoine, nous n'avons vu mourir que deux malades par hémorragie gastro-duodénale. Frappé de ce fait, notre Maître, M. le Dr Félix RAMOND, nous a chargés de nous faire une opinion avec les documents du service et de contri-

buer ainsi, pour notre modeste part, à faire le point sur cette importante question.

Nous ajouterons à nos considérations sur la gravité de ces hémorragies, quelques remarques sur leur séméiologie, leur étiologie et leur traitement ; remarques qui nous ont été suggérées par la lecture attentive des observations.

PLAN DU TRAVAIL

Nous avons d'abord dépouillé toutes les observations recueillies dans le service depuis 1920, en recherchant soigneusement les cas d'hémorragies gastro-duodénales mortelles.

En raison de la possibilité d'observations égarées, et pour ne pas oublier des cas entrés d'urgence, et trop rapidement mortels pour permettre de prendre l'observation, nous nous sommes ensuite reportés au registre des décès du bureau de l'hôpital.

Enfin, nous avons comparativement noté, au cours de cette dernière enquête, tous les décès signalés pour l'hôpital pendant la même période.

Nous rapporterons, chapitre par chapitre, les chiffres relevés, avec les réflexions qu'ils nous ont suggérées et, après avoir noté au passage quelques remarques sur la séméiologie et l'étiologie des hémorragies gastro-duodénales, nous confronterons les données obtenues avec les statistiques des divers auteurs.

CHAPITRE PREMIER

ETUDE DES OBSERVATIONS RECUEILLIES DANS LE SERVICE

Nous avons recueilli parmi les observations du service de gastro-entérologie de l'hôpital St-Antoine, toutes celles, complètes ou non, se rapportant à des hémorragies gastro-duodénales.

Un matériel considérable nous était fourni par la consultation, mais nous avons volontairement laissé dans l'ombre cette très importante documentation, pour deux raisons :

— Premièrement, les notes de consultation étaient souvent trop fragmentaires pour être employées utilement ;

— En second lieu, un grand nombre de ces malades ayant pu être admis ensuite dans le service, nous risquions de faire double emploi ou de fausser la statistique, notamment en ce qui concerne l'étiologie.

Certaines des observations recueillies sont incomplètes, mais nous ne retiendrons cette réserve que dans le chapitre où nous envisagerons l'étiologie de l'accident.

Sur un ensemble de 3.500 observations, allant de

1920 au début de 1935, nous avons relevé un total de 314 cas d'hémorragies gastro-duodénales. L'immense majorité de ces hémorragies avaient été observées par les médecins de ville qui nous adressaient les malades, ou furent contrôlées dans le service même à l'arrivée du malade, celui-ci entrant pour l'accident.

Sur les 214 cas, nous n'avons pu retrouver que trois observations complètes de cas s'étant terminés par la mort, alors que dans le même temps nous trouvions quatorze décès par hémorragies gastro-duodénales pour notre service.

Réserve faite d'une ou deux observations égarées, la divergence entre ces deux chiffres peut s'expliquer par le fait qu'un grand nombre de ces accidents mortels l'étaient immédiatement et que les malades succombaient sans que l'on pût les interroger — en raison de la gravité de leur état.

Les malades que nous avons pu examiner dans le service présentaient des accidents immédiats ou à répétition et la mortalité est infime dans ces cas.

Le tableau ci-contre résume leur répartition selon l'étiologie, le sexe et l'âge.

Nous les examinerons plus loin en détail, retenons seulement pour l'instant le chiffre de quatorze cas mortels, ce qui nous donne une proportion de 6,5 %. D'emblée, ce chiffre nous permet de souligner, avec le D^r CHÊNE, que « les hémorragies gastro-duodénales ulcéreuses ou non, ne sont pas toujours aussi désespérées qu'on tendrait à le faire craindre ». Et la rareté des cas mortels nous semble pouvoir être affirmée.

Répartition de 214 cas d'hémorragies gastro-duodénales

Causes	Nombre	Hommes	Femmes	Au dessous de 40 ans	Au dessus de 40 ans	Répétition	Mortalité
Ulcères	96	74	22	26 ♂ 10 ♀	48 ♂ 12 ♀	31 ♂ 7 ♀	1 ♂
Cancers	23	13	10	3 ♂ 1 ♀	10 ♂ 9 ♀	8 ♂ 4 ♀	1 ♀
Foie	33	25	8	8 ♂ 3 ♀	17 ♂ 5 ♀	12 ♂ 2 ♀	1 ♂
Divers	62	44	18	16 ♂ 6 ♀	28 ♂ 12 ♀	15 ♂ 10 ♀	7 ♂ 4 ♀

Ce fait, loin d'être admis par la majorité des auteurs est au contraire fortement controversé à l'heure actuelle.

Nous nous proposons d'opposer à notre propre statistique celles qu'il nous a été donné de relever dans la littérature, et cette confrontation nous permettra quelques réflexions critiques.

Ce sont les Allemands qui ont ouvert le débat. En 1897, au 26^e Congrès des chirurgiens allemands, Von LEUBE présenta, en collaboration avec MICKULICZ un rapport sur la question. Pour Von LEUBE, les hémorragies gastro-duodénales sont rarement mortelles. Sur 556 cas observés, 6 seulement entraînèrent la mort.

Soit une proportion de 1 %.

Douze ans plus tard, FINSTERER reprenant la question, estimait que ce pourcentage ne correspondait pas à la réalité et il donnait le chiffre de 70 %.

En 1920, ayant relevé les statistiques de plusieurs grands hôpitaux de Vienne, pour apprécier la mortalité des grosses hémorragies gastro-duodénales, traitées médicalement, il trouvait :

— une proportion de 17 % à l'Allgemeines Krankenhaus et de 35 % à l'hôpital François-Joseph.

En 1920 également, KELLING s'associait à l'opinion de FINSTERER et écrivait : « Le pronostic des hémorragies gastriques est encore trop souvent jugé comme favorable ». Il apportait une statistique per-

sonnelle de 33 cas dont 4 mortels, soit une proportion de 12 %.

D'autre part, recherchant dans la littérature, il avait recueilli un certain nombre de cas, dans lesquels la mortalité atteignait 40 %.

En Angleterre, en 1914, HURST faisait entendre à une séance de la Royal Society of Medicine, une opinion complètement opposée. « Je crois, disait-il, que les hémorragies gastro-duodénales sont beaucoup moins souvent fatales qu'on ne le suppose généralement » et il apportait une statistique établie sur dix années au Guy's Hospital, donnant les chiffres suivants :

— 600 cas dont 23 mortels : 3,8 %.

A la même séance, PATERSON produisait les statistiques des hôpitaux de Londres et donnait pour 1343 cas, une mortalité de 3,8 %.

Mais pour les hémorragies sévères, elle s'élevait à 11,8 %.

En 1927 et en 1932, dans deux publications solidement documentées, BULMER reprenait toute la question, y apportant une contribution capitale.

Dans le premier rapport, l'auteur a consigné les éléments d'une recherche systématique de tous les cas observés au General Hospital de Birmingham de 1902 à 1926.

Les résultats de cette investigation tendent à démontrer que les hémorragies gastro-duodénales, en général, sont très graves et que la mortalité en est plus élevée qu'on ne l'admet habituellement.

— Sur 526 cas relevés en 24 ans, 67 furent mortels, ce qui fait une proportion de 13 %.

— En 1932, BULMER complétait son travail, apportant 123 nouveaux cas dont 27 mortels.

C'est-à-dire 22 %.

Au total, pour une période de trente années, on trouve donc réunis par cet auteur, 649 cas sur lesquels 94 se terminèrent par la mort.

On arrive ainsi à une mortalité moyenne de 15 %.

Par ces publications, BULMER a voulu essentiellement prouver que la mortalité de 1 à 6 % communément admise jusqu'alors, était nettement trop basse. Mais il est curieux de remarquer les explications qu'il donne de ce changement.

Selon lui, si, malgré l'amélioration du traitement médical et malgré les transfusions, la mortalité s'est élevée de 6 à 15 %, on le doit au perfectionnement des services sanitaires ! Il admet en effet que les conditions de transport des malades permettent à l'heure actuelle de conduire à l'Hôpital des cas particulièrement graves, de très grosses hémorragies qui mouraient auparavant — soit à leur domicile, soit pendant le transport, soit par l'administration de doses excessives de morphine.

Pour ingénieuse que soit cette explication, nous ne ferons que la signaler sans la retenir. Nous notons en réserve par contre, les chiffres donnés par BULMER, sur l'analyse desquels nous aurons d'ailleurs à revenir dans les chapitres suivants.

En France, on trouve peu de travaux sur la ques-

tion, posée sous la forme que nous envisageons, et il faut arriver au Congrès de Chirurgie Français de 1933 pour la voir exposée dans son ensemble.

Encore, les conclusions n'en sont-elles pas nettement tirées et l'on peut lire, dans le mémoire de MM. F. PAPIN et P. WILLMOTH, que « le pourcentage de mortalité apparaît très variable suivant les observations et que, si l'on voulait faire une moyenne, un chiffre de 15 à 20 % représenterait approximativement cette mortalité.

PAUCHET affirme avoir perdu 50 % de ses opérés par anémie aiguë consécutive à des hémorragies gastriques, et il attribue la mort à une intoxication par absorption des albumines provenant du sang digéré dans l'intestin.

Enfin, le Professeur BÉGOVIN, rappelant les statistiques de PAUCHET (50 %) et de FINSTERER (80 %), communique 6 observations personnelles recueillies en dix ans dont quatre cas mortels, et en tire le pourcentage impressionnant, de 66 % !

Au total, nous trouvons dans la littérature deux courants d'opinion dont l'opposition nous paraît un peu criarde, et ce n'est pas sans intérêt de mettre en parallèle :

d'un côté, les pourcentages donnés par :

VON LEUBE.....	1	%
HURST.....	}	3.8 %
PATERSON		

Et de l'autre, ceux de :

FINSTERER	70 à 80 %
PAUCHET	50 %
BÉGOIN	66 %

Tandis qu'entre ces deux tendances extrêmes viennent se placer les chiffres donnés par

KELLING	12 %
BULMER	13 et 22 %

et le Congrès de Chirurgie Français de 1933 : 15 à 20%.

Le chiffre de 6,5 % qui résulte de nos recherches personnelles serait à rapprocher de ceux fournis par VON LEUBE, HURST et PATERSON.

Dix sources de renseignements différentes nous ont ainsi conduit à confronter un ensemble d'éléments disparates, et, de cette diversité nous allons chercher maintenant à comprendre les raisons.

Un premier point est essentiel : Il importe, en effet, de souligner que les hautes mortalités sont accusées par les chirurgiens, et que ceux-ci n'ont en général à intervenir que dans les cas d'hémorragies gastro-duodénales graves, lorsque, après essai de traitements médicaux variés, mais également inefficaces, on sollicite de leur part un concours en quelque sorte *in extremis*. Leurs statistiques sont faussées de ce fait, et forcément, sans rapport avec celles portant sur tous les cas d'hémorragies gastro-duodénales rencontrés au hasard d'une pratique médico-chirurgicale.

FINSTERER lui-même, écrivait en 1931 :

« Les statistiques de mortalité chez les médecins

et chez les chirurgiens ne peuvent être mises en comparaison. Lorsqu'un médecin voit chez un malade échouer les moyens médicaux, il l'envoie au chirurgien, éliminant de ses statistiques tous les cas mortels. »

Bien que nous nous rendions parfaitement compte de ce qu'il y a d'artificiel dans une telle comparaison, il nous semble que l'opposition apparente entre les opinions médicale et chirurgicale puisse s'expliquer de la façon suivante :

Si l'on prend un total absolu, idéal même de 1000 hémorragies gastro-duodénales, les cas observés par les médecins dépasseront 900 ; le pourcentage de mortalité y pourra varier entre 2 et 13 % ; cela fera un total de 18 à 117 décès.

Les quelques dizaines de cas soumis aux chirurgiens donneront peut-être un pourcentage de mortalité plus élevé, mais le total des cas mortels n'atteindra jamais un chiffre pouvant assombrir tellement le pronostic.

Si nous nous reportons aux résultats obtenus par le dépouillement du registre des décès de l'hôpital St-Antoine, nous nous apercevons que la mortalité par hémorragies gastro-duodénales n'est pas tellement impressionnante.

Par ailleurs, la statistique établie dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital St-Antoine présente à nos yeux une valeur primordiale, Il s'agit, en effet, d'un service spécialisé, où la collaboration médico-chirurgicale, depuis longtemps pratiquée, a permis

d'obtenir une documentation particulièrement complète sur les malades qui nous occupent présentement. Nous n'avons trouvé dans la littérature qu'une statistique comparable ; celle que publiait BULMER en 1927, et nous rappellerons que sa conclusion était un pourcentage de mortalité de 13 %.

Il est donc permis d'admettre que les statistiques chirurgicales n'ont qu'un intérêt relatif aux seuls cas graves d'hémorragies gastro-duodénales. Or, ce qu'il faut juger, c'est l'ensemble des cas.

Certaines conclusions sont d'ailleurs discutables en soi. Comment, par exemple, attacher toute sa valeur au chiffre de 66 % auquel arrive le Professeur BÉGOVIN, lorsqu'on précise le très petit nombre de cas sur lesquels il s'appuie ? Il est toujours un peu osé de parler d'un pourcentage aussi impressionnant lorsque le total des cas observés en dix ans est de six, dont quatre mortels !

C'est là, il faut le reconnaître, un matériel assez fragile pour soutenir la thèse que défend l'école Bordelaise : de l'intervention systématique dans les hémorragies aiguës d'origine gastro-duodénale. Aussi bien, croyons-nous finalement que cette thèse ne répond pas à la réalité et nous reviendrons sur ce point important dans un chapitre spécial.

*
* *

Ayant ainsi souligné les divergences d'opinions sur la mortalité globale dans les hémorragies gastro-duo-

dénales, nous nous proposons d'analyser maintenant la gravité de ces hémorragies selon le sexe, l'âge et l'étiologie.

L'avis communément admis au Congrès de chirurgie en 1933, est que la mortalité est plus élevée chez l'homme que chez la femme, qu'elle croît avec l'âge et que ce sont les ulcères chroniques qui fournissent le plus grand nombre de cas mortels.

Dans notre statistique personnelle, nous groupons

156 cas chez l'homme dont 9 mortels ;

58 cas chez la femme dont 5 mortels.

Le tableau que nous avons donné ci-dessus nous en montre la répartition détaillée.

Au total nous trouvons une mortalité de :

6 % chez l'homme,

8 % chez la femme.

Dans la littérature, au contraire, nous n'avons relevé que des pourcentages de mortalité plus élevés chez l'homme que chez la femme.

Le tableau suivant nous permettra de les résumer.

	Hommes	Femmes
KELLING	3 décès sur 18 → 16,6 %	1 décès sur 15 → 6,6 %
CHIESMAN ...	Sur 1410 cas → 11,3 %	Sur 402 cas → 8,4 %
BULMER 1927.	27 décès sur 160 cas → 17 %	20 décès sur 307 cas → 6,5 %
BULMER 1932.	14 décès sur 80 cas → 17 %	4 décès sur 31 cas → 13 %

Nous n'en saurions tirer aucune conclusion.

Peut-être s'agit-il de séries différentes de malades ?

Peut-être n'y a-t-il aucune influence de sexe sur la mortalité ?

Sur les 214 cas d'hémorragies gastro-duodénales que nous avons relevés, la majorité ne se présentèrent que comme un accident isolé : hématomèse ou méléna. A part quelques exceptions d'ailleurs, on put constamment vérifier dans les jours qui suivirent les hématomèses, l'existence d'un méléna secondaire.

Mais 19 hémorragies se prolongèrent plus de deux jours et 84 furent éréthiques.

Parmi les hémorragies prolongées, sept étaient de cause ulcéreuse.

— Cinq d'entre elles durèrent de trois à huit jours.

— Une autre se prolongea quinze jours.

— Et dans le 7^e cas, le malade vomit pendant trois semaines la valeur d'un verre de sang chaque matin.

Deux hématomèses ayant duré quatre et cinq jours étaient dues à un néoplasme gastrique.

Trois à une affection hépatique.

Les autres d'origines diverses ou douteuses s'étaient prolongées de quatre à dix jours.

Les hémorragies éréthiques se rencontrent avec le maximum de fréquence dans les ulcères gastro-duodénaux et elles constituent un facteur d'aggravation important par l'anémie qu'elles entraînent.

Sur 84 cas d'hémorragies récidivantes,

38 surviennent chez des ulcéreux,

7 chez les cancéreux ;
14 au cours d'affections hépatiques,
et 25 au cours d'affections diverses ou imprécises.

Ayant considéré l'âge auquel survenaient avec prédilection les accidents hémorragiques, nous avons remarqué que chez les hommes comme chez les femmes la fréquence augmentait avec l'âge.

	Au-dessus de 40 ans	Au-dessous de 40 ans
Hommes	103 cas	53 cas
Femmes	38 cas	20 cas

Quant à leur gravité, nous avons retrouvé, en accord avec l'opinion générale, qu'elle suivait également une courbe ascendante selon l'âge.

Sur 84 hémorragies itératives 51 survinrent chez des malades âgés de plus de 40 ans (dont 40 chez les hommes).

Et les 14 décès que nous avons relevés se répartissent comme suit :

Un seul décès au-dessous de 40 ans chez un homme de 31 ans.

Contre 13 au-dessus de 40 ans, chez des sujets ayant même atteint ou dépassé la cinquantaine.

Huit cas mortels ont en effet frappé des hommes âgés respectivement de :

47 — 51 — 51 — 54 — 58 — 64 et 65 ans.
et cinq décès sont survenus chez des femmes âgées
respectivement de :

45 — 57 — 59 — 60 — et 70 ans.

Il semble donc hors de doute, que la gravité des
hémorragies gastro-duodénales soit en rapport étroit
avec l'âge du malade, et que la mortalité de ces acci-
dents présente son maximum de fréquence chez les
adultes âgés, ayant atteint ou dépassé la cinquantaine.

L'étiologie des cas mortels d'hémorragies gastro-
duodénales que nous rapportons n'a pu être précisée
que pour trois d'entre eux.

Pour les autres, ou bien nous n'avons pas retrouvé
l'observation, ou bien nous nous sommes trouvés
devant des documents si incomplets qu'il ne nous a
pas été permis de conclure.

Nous avons rassemblé dans le tableau ci-joint les
214 cas que nous avons relevés, en les classant
selon leur étiologie, et d'après le sexe et l'âge des
malades. Dans notre statistique, les ulcères consti-
tuent l'étiologie la plus fréquente. Nous en trouvons
en effet 96 cas, contre 23 hémorragies néoplasiques
et 33 d'origine hépatique. Mais il est facile de se
rendre compte qu'ils n'entraînent pas une mortalité
plus élevée, puisque celle-ci n'est que le 1 %.

Il reste 62 cas dont l'étiologie nous échappe et
c'est dans ce groupe que se trouve la plus grosse
mortalité. Il s'agit vraisemblablement de malades
dont l'hémorragie ne fut qu'un épisode tout à fait

Hémorragies par ulcères = 96

<u>Hommes : 74</u>		<u>Femmes : 22</u>	
Moins de 40 ans	Plus de 40 ans	Moins de 40 ans	Plus de 40 ans
26	48	10	12
Itératives : 11	Itératives : 20 1 décès	Itératives : 6	Itératives : 1

Hémorragies par Cancres = 23

<u>Hommes : 13</u>		<u>Femmes : 10</u>	
Moins de 40 ans	Plus de 40 ans	Moins de 40 ans	Plus de 40 ans
3	10	1	9
Itérative : 1	Itératives : 2	Itérative : 1	Itératives : 3 1 Décès

Hémorragies de cause réflexique : 33

Hommes : 25		Femmes : 8	
Moins de 40 ans 8	Plus de 40 ans 17	Moins de 40 ans 8	Plus de 40 ans 5
Itératives : 6	Itératives : 6 <u>1 Décès</u>	Itérative : 1	Itérative : 1

Etiologies diverses ou douteuses : 62

Hommes : 44		Femmes : 18	
Moins de 40 ans 16	Plus de 40 ans 28	Moins de 40 ans 6	Plus de 40 ans 12
Itératives : 3 <u>1 Décès</u>	Itératives : 12 <u>6 Décès</u>	Itératives : 4	Itératives : 6 4 Décès

isolé, de sujets nous ayant été adressés pour une hématemèse ou un mélena monosymptomatique et sans lendemain ; ou encore — pour les cas mortels — de malades étant arrivés à l'hôpital dans un état défiant toute thérapeutique, à la suite d'une de ces hémorragies cataclysmiques, dont l'autopsie seule aurait pu permettre de découvrir l'étiologie.

Les trois observations d'hémorragies gastro-duodénales mortelles que nous avons personnellement recueillies se rapportent :

— l'une à un ulcère du duodénum,

— l'autre à un cancer du pylore,

— la troisième à une cirrhose alcoolique du foie.

Les voici résumées.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Thé... Raymond, 52 ans ; employé à la C^{ie} P. L. M., entre à la salle Chomel le 4 septembre 1934 pour une hématomèse abondante.

Il s'agit d'un malade que l'on sait porteur d'un ulcère duodénal dont l'évolution se poursuit depuis 5 ans sans incidents, grâce à un traitement médical correctement suivi.

Depuis 5 ans le malade présente des crises douloureuses durant 8 à 10 jours et séparées par des phases d'accalmie totale de 2 à 4 semaines.

Pendant les crises, le malade ressent une douleur au creux épigastrique, irradiant dans le dos, à type de torsion, survenant 3 heures à 4 heures après les repas, calmée par les alcalins et le lait chaud.

Jamais de vomissement ni d'hématémèse, ni de méléna.

Le 4 septembre 1934, au cours d'une crise particulièrement douloureuse, dans l'après-midi, vers 4 heures, le malade a présenté brusquement une hématomèse de sang noirâtre, rejetant la valeur d'un bol environ.

Admis d'urgence dans le service, il fait une nouvelle hématomèse le soir à 9 heures.

L'hypophyse, l'anthéma et les toni-cardiaques lui permettent de passer une nuit tranquille. Mais le lendemain

survient une nouvelle hématomèse et une quatrième le 6 septembre au réveil, véritablement foudroyante.

L'autopsie ne nous fut pas autorisée.

OBSERVATION II

Car... Louise, 70 ans, entre à la salle Mathieu, le 2 mai 1932, pour un melena d'apparition récente. Depuis 2 mois cette malade présente des troubles digestifs vagues : pesanteurs dans tout l'abdomen, mais surtout marquées au niveau du creux épigastrique, survenant tous les jours, 2 heures à 3 heures après les repas, par crises que terminent souvent de nombreuses éructations.

La malade ne vomit pas ; elle est très constipée. Elle se plaint d'une faiblesse extrême survenue en peu de temps, d'un amaigrissement de 8 kilogrammes en 3 mois, et d'une anorexie globale.

Elle a la pâleur habituelle aux cancers digestifs.

Son entrée à l'hôpital a été déterminée par la constatation de selles complètement noires depuis deux jours.

La palpation de l'abdomen, amaigri et rétracté, montre l'existence d'une tumeur allongée verticalement au niveau de l'épigastre, de la grosseur d'un poing, débordant fortement à gauche de la ligne médiane, indolore, dure, mobile transversalement.

Du 3 au 10 mai 1932 la malade a présenté une dizaine de selles par jour, selles nettement sanglantes.

Et les 5-6 et 9 mai sont en outre survenues trois hématomèses de sang noir, de moyenne abondance.

Le 13 mai la malade présente une parotidite gauche avec paralysie faciale. La diarrhée persiste, mais n'est plus mélenique. Décès dans la soirée, par collapsus.

A l'autopsie : néoplasme de la face antérieure du pylore, ayant envahi assez loin la grande courbure, avec un minimum d'adhérences.

À l'ouverture, l'estomac ne contient qu'un demi verre de liquide noir, fétide, visqueux avec de gros caillots de sang.

OBSERVATION III

Her... Jules, 47 ans, manœuvre, actuellement en chômage, Entre à la salle Chomel le 2 mars 1935, à la suite d'une hématomèse.

Depuis le mois de janvier, nous dit le malade, il se trouve fatigué, mal en point, et présente, d'une façon irrégulière des pesanteurs siégeant au creux épigastrique. Ces pesanteurs surviennent à n'importe quel moment de la journée, mais principalement tout de suite après les repas.

Le 15 février, le malade vomit, 3 heures après son repas de midi, la valeur d'un verre de sang noir mélangé à des aliments.

Le 22 février, nouvelle hématomèse, plus abondante.

Le 2 mars, troisième hématomèse, qui fait entrer le malade à l'hôpital.

Il a vomé, le matin au réveil, une demi cuvette de sang noir avec quelques résidus alimentaires, brusquement, sans prodromes, sans aucun malaise.

Mis au repos, à la diète, il reçoit deux injections d'anthémal. Les jours suivants apparaît un melœna de moyenne abondance. On pratique ultérieurement un examen clinique complet qui nous met en présence d'une cirrhose de Laënnec :

- Abdomen ballonné avec circulation collatérale,
- Légère ascite, petit foie. Rate perceptible sur six travers de doigts.

Le malade a des varices et des hémorroïdes. Il avoue des habitudes d'éthylisme remontant à la fin de la guerre (Pituïtes matinales, cauchemars, tremblement). Dans ses

antécédents il signale : une typhoïde en 1917 et un ictère léger, sans complications, en 1930.

Comme il souffre depuis trois mois de l'estomac, on pratique après un repos de vingt jours, un examen radiologique et un tubage.

Radioscopie : 1^o Le repas de 6 heures est dans les anses grêles.

2^o L'estomac est de forme normale, avec légère dilatation du bas-fond. Le bulbe duodénal est augmenté de volume surtout dans le sens transversal.

Le tubage a donné des résultats voisins de la normale.

Le 26 mars, le malade sort malgré nos conseils.

On nous le ramène le 28 avril à la suite d'une hématomatose très abondante, au milieu d'un syndrome hémorragique généralisé : épistaxis, gingivorragies et purpura.

L'hématomatose s'accompagne cette fois d'un méloëna d'apparition rapide. Le malade vomit du sang à trois reprises dans la journée. L'hypophyse arrête momentanément l'hémorragie. Mais le lendemain et le surlendemain apparaissent de nouvelles hémorragies et le malade meurt dans la nuit du 1^{er} mai 1935.

A l'autopsie, on trouve la vérification du diagnostic de Cirrhose de Laënnec.

A l'ouverture, l'estomac est au 3/4 plein d'un liquide noir où nagent des débris alimentaires et de gros caillots de sang. On trouve une muqueuse hémorragique dans son ensemble et de grosses varices rompues un peu au-dessus du cardia.

CHAPITRE II

STATISTIQUE GÉNÉRALE DE L'HOPITAL

Afin de donner une plus large étendue à ce travail, et pour obtenir un champ de comparaison plus vaste, nous nous sommes reportés au registre des décès de l'Hôpital Saint-Antoine.

Nous avons relevé, pour les années qui vont de 1920 à 1935, un total de 26.792 décès, sur lesquels 62 seulement furent causés par hémorragies gastro-duodénales. Si l'on fait abstraction des services d'accouchement et d'oto-rhino-laryngologie, on obtient pour les autres services médicaux et chirurgicaux, au nombre de huit, un total vraiment très faible pour quinze ans. Cela fait une moyenne d'environ quatre cas d'hémorragies gastro-duodénales mortelles par an, à l'hôpital Saint-Antoine. Et encore il est à noter que notre statistique est peut-être entachée d'erreur du fait de la spécialisation assez nette de cet hôpital pour les maladies du tube digestif. Pour un autre établissement, comprenant un plus grand nombre de services de médecine générale, on aurait peut-être obtenu des chiffres différents. Sur les 62 décès relevés, 48 concernent des hommes et 14 seulement des

femmes. Ce qui confirme l'opinion généralement admise.

La fréquence de la mortalité chez les sujets âgés se vérifie également, étant donné que 52 des malades avaient dépassé quarante ans. Le tableau suivant mettra ces chiffres en évidence.

	Plus de 40 ans	Moins de 40 ans	Total
Hommes	42	6	48
Femmes	10	4	14

Dans les conditions où nous avons fait nos recherches, il ne nous a pas été possible de retrouver l'étiologie de ces hémorragies, ni de préciser s'il s'agissait d'hémorragies médicales ou chirurgicales.

Les diagnostics détaillés ne se trouvant pas indiqués sur les registres du bureau, nous avons pu seulement relever séparément les décès par hématomèse et par melœna. Nous obtenons ainsi un total de :

44 hématomèses,
pour 18 melœnas.

Une correction semble ici s'imposer.

Rien ne prouve en effet que parmi les 18 cas de melœna, tous soient d'origine gastrique ou duodénale, et il est même fort probable qu'un certain nombre d'entre eux relevaient d'hémorragies intestinales.

Nous les avons admis, dans l'impossibilité de vérifier leur étiologie, mais l'éventualité d'une erreur par excès de ce genre ne fait que consolider notre attitude.

Aussi bien, nous appuyant à nouveau sur nos propres documents, confirmés par ceux que nous avons pu réunir à l'hôpital, estimons-nous qu'il importe de ramener à sa juste valeur le pourcentage de la mortalité dans les hémorragies gastro-duodénales.

CHAPITRE III

SÉMÉIOLOGIE

Nous n'avons pas l'intention de faire dans ce chapitre l'exposé général des symptômes sur lesquels on porte le diagnostic d'hémorragie gastro-duodénale. Les syndromes hématémèse-melœna réalisent des tableaux cliniques suffisamment connus pour nous éviter d'en reprendre la description.

Nous nous bornerons à souligner quelques points de détail, dont l'intérêt nous a paru mériter de retenir un peu l'attention.

Classiquement on admet :

Qu'une hématémèse abondante, de sang rouge, est en faveur d'un ulcère gastrique, et surtout d'un ulcère de la petite courbure.

L'ulcère gastrique donnant plutôt des hématémèses de faible abondance, que colorent en brun noirâtre les vomissements d'hypersécrétion et de stase.

Qu'une hématémèse de sang noir, peu abondante, fétide, répétée, doit attirer l'attention sur la possibilité d'un cancer.

Que le cancer entraîne plutôt un melœna, évident ou occulte, mais toujours prolongé, continu.

Tandis qu'un melœna de moyenne abondance, mais intermittent, s'accompagnant ou non d'hématémèses, constituerait une présomption en faveur d'un ulcus duodénal.

En réalité, tout cela n'est que du schéma et pratiquement le problème se pose différemment selon que l'hémorragie survient comme un accident isolé, révélateur de l'affection causale, ce qui est le cas le plus fréquent ; ou au cours de l'évolution d'une maladie dont on a déjà fait le diagnostic.

Dans ce dernier cas l'hémorragie présente surtout une valeur pronostic.

S'il s'agit d'une affection hépatique par exemple, elle constitue un signe de gravité assez considérable. S'il s'agit d'un ulcus, elle peut en révéler la tendance hémorragique ou l'existence d'une poussée évolutive, et nous verrons l'importance de ces facteurs dans la conduite du traitement.

Beaucoup plus intéressant est le problème que pose l'hémorragie survenant de façon primitive comme un accident isolé.

On s'attache alors à la recherche de prodromes et de signes concomittants.

Il est classique en effet de répéter que les hématomèses comme les hémoptysies, sont en général annoncées par un ensemble de symptômes, souvent faciles à reconnaître, toujours possibles à retrouver par l'interrogatoire. On aime à redire que dans les

gastrorragies de nature ulcéreuse, on arrive à faire préciser au malade la notion d'un syndrome douloureux épigastrique, et que l'hémorragie a calmé la douleur.

En réalité, dans les hématoméses plus encore que dans les hémoptysies, il est fréquent et banal de constater l'absence absolue de tout signe prémonitoire.

Beaucoup de nos malades se présentaient en accusant un vomissement sanglant, survenu la nuit ou au réveil de façon tout à fait inopinée.

Quant au melœna, dans nos observations, le caractère inattendu et révélateur de l'accident se retrouvait de façon quasi-constante; et, s'il était souvent bien difficile de distinguer une hémorragie intestinale d'une hémorragie gastro-duodénale, à *fortiori* avait-on le plus grand mal à préciser, dans ce dernier groupe, de quelle étiologie relevait le melœna.

Dans de telles circonstances, l'examen clinique peut orienter le diagnostic.

Il apparaîtra parfois évident.

Ce sera un syndrome de cirrhose alcoolique et d'hémorragies multiples, ou l'existence d'une splénomégalie.

Ce sera la présence d'une tumeur épigastrique ayant les caractères d'un néoplasme.

Mais s'il s'agit d'un ulcère gastrique ou duodénal, l'examen clinique restera muet. Etant donné qu'à ce moment il n'est pas question de parler d'examen complémentaires, l'immobilisation du malade étant

une règle absolue, devant l'absence de prodromes et l'absence de signes concomitants, seule une étude approfondie des antécédents mettra parfois sur la voie.

La notion de crises douloureuses, survenant par périodes de une à trois semaines, séparées par des intervalles plus ou moins longs d'accalmie totale, constitue à coup sûr un élément de grande présomption, mais souvent elle n'apparaît pas suffisamment établie pour en tirer parti.

Aussi bien voit-on quelles difficultés on aura pour apprécier, soit par l'interrogatoire, soit par le contexte clinique, l'étiologie d'une hémorragie gastro-duodénale, et quel point d'interrogatoire reste finalement posé dans la majorité des cas.

Les symptômes conduisant au diagnostic étiologique faisant aussi souvent défaut, il est dans l'hémorragie elle-même, quelques signes dont l'étude pourra imposer au médecin la conduite à tenir.

Telle nous paraît au premier plan la répétition des hémorragies, à laquelle nous attachons un double intérêt : de diagnostic et de pronostic.

La répétition des hémorragies gastro-duodénales peut se présenter en effet sous deux aspects :

— Répétition immédiate, donnant l'impression d'une hémorragie prolongée, traînante.

— Répétition tardive, véritable récurrence, réalisant les cas d'hémorragies itératives dont nous avons relevé un assez grand nombre dans notre statistique.

C'est la première éventualité, l'existence d'hémorragies gastro-duodénales prolongées, qui pose un problème de diagnostic.

Classiquement, si un melœna peut se prolonger pendant quelques jours, il n'en va pas de même pour une hématomèse. Une ou deux « vagues » de vomissements de sang peuvent se succéder dans la même journée ; mais dans l'immense majorité des cas, ni le lendemain, ni les jours suivants, on ne note de récurrence. Ce caractère permettrait lorsque l'on n'a pas assisté à l'accident, la distinction entre une hématomèse et une hémoptysie toujours plus ou moins traînante.

Or, nous avons recueilli un certain nombre d'observations qui semblent infirmer partiellement cette notion.

Dans 19 cas, en effet, les hémorragies (hématomèses ou melœna) se sont prolongées au-delà de 48 heures, jusqu'à 5 et même 10 jours.

Il nous paraît intéressant de souligner ici le caractère discutable de la notion de durée. Et si certains auteurs donnent comme élément de diagnostic rétrospectif en faveur de l'hémoptysie, la prolongation de l'hémorragie, nous voulons bien admettre ce point de vue schématique dans un traité de séméiologie didactique, mais nous ferons à nouveau remarquer ici ce qu'il peut avoir de trop absolu.

La répétition tardive des hémorragies doit être considérée comme un élément de pronostic de valeur indiscutable. La reprise du saignement est classiquement et réellement un gros symptôme, et nous avons

pu recueillir 84 observations d'hémorragies itératives.

Leur intérêt n'est pas très grand dans les cancers.

Dans les affections hépatiques, c'est le groupe des cirrhoses qui comprend le plus grand nombre d'hémorragies récidivantes, et leur apparition est généralement le signal d'une évolution rapidement sévère.

Mais c'est surtout dans les ulcères gastro-duodénaux que nous soulignerons leur intérêt, le risque de nouvelles hémorragies constituant l'une des indications chirurgicales les plus précises.

Elles sont fréquentes, et nous avons trouvé, sur 96 hémorragies d'origine ulcéreuse 38 hémorragies itératives, soit près de la moitié.

Elles sont dangereuses car elles entraînent une anémie de plus en plus accusée, de plus en plus grave, beaucoup plus lente à se réparer chez les hommes que chez les femmes.

Sans doute il est difficile de vérifier l'adage classique « *ulcus qui a saigné, saignera* » car théoriquement, il faudrait établir une statistique suivant l'ancienneté de l'ulcère et, en cas de crises courtes notamment, on sait tout ce que cette étude a de délicat. Mais il n'en reste pas moins vrai, que la majorité des hémorragies gastro-duodénales itératives, et ce, dans toutes les statistiques, est constituée par des hémorragies ulcéreuses.

Dans l'appréciation du pronostic immédiat d'une hématomatose ou d'un *melœna*, la quantité de sang rejeté est évidemment un facteur important. Toute-

fois il ne faudrait pas l'exagérer et les grandes hémorragies cataclysmiques auxquelles nous attribuons toute la responsabilité des décès par hémorragies gastro-duodénales sont, nous l'avons déjà dit, très rares.

Dans bien des cas, l'abondance de l'hémorragie ne permet pas de prévoir son évolution. Il y a des dissociations fréquentes entre la gravité apparente des hémorragies et leur évolution réelle. Et pour cette raison, il nous semble difficile de suivre certains auteurs, qui considèrent ces hémorragies graves, fébriles, comme l'élément essentiel d'un « stade pré perforatif » et en tirent des indications opératoires que nous trouvons excessives.

CHAPITRE IV

ÉTIOLOGIE

Un fait domine l'étiologie des cas mortels d'hémorragies gastro-duodénales : c'est qu'il s'agit d'accidents cataclysmiques. Nous savons que les documents nous manquent pour ajouter à cette affirmation, et les trois seuls cas que nous avons pu retrouver ne nous permettent pas de tirer des conclusions.

Quant à l'étiologie, de récentes et nombreuses controverses n'en ont pas encore définitivement tranché la question.

Il n'est pas dans notre intention de discuter les diverses étiologies des hémorragies gastro-duodénales mortelles ; étiologies qui doivent — ainsi que l'ont signalé nombre d'auteurs — rendre très circonspect devant les indications opératoires. Cette discussion est en dehors du cadre de notre étude.

Il est incontestable que la fréquence relative des ulcères qui saignent, par rapport aux hémorragies d'origine plus lointaine et complexe, devrait inciter à penser plus volontiers à l'acte opératoire.

Cependant, si l'on totalise les cas où l'indication chirurgicale précise eût été bien délicate à détermi-

ner, on arrive à une proportion qui n'est pas négligeable, puisqu'elle s'élève aux environs de 50 %.

Si l'on veut bien considérer, en effet, le caractère un peu illusoire de l'intervention sur un néoplasme gastrique, il reste quand même dans notre statistique 95 cas sur 214, dans lesquels l'insuffisance de renseignements ou l'étiologie hépatique et sanguine devait écarter *à priori* toute décision chirurgicale.

Dans une thèse inspirée par GUTMAN, DEMOLE constate que, sur 68 hématomés observées du 1^{er} juin 1929 au 1^{er} mai 1931, 12 seulement — soit 17,6 % — étaient d'origine ulcéreuse.

Si notre impression d'ensemble, avant d'établir notre statistique, était, nous le reconnaissons, la même que celle de DEMOLE, l'étude des observations que nous rapportons semblerait la contredire.

Nous pensions que les hématomés des ulcères étaient beaucoup plus rares.

Déjà cependant, la thèse de BRONSTEIN, basée sur des cas anatomiquement vérifiés, nous avait un peu impressionnés. Sur 100 cas d'ulcères gastro-duodénaux, BRONSTEIN a relevé 33 hémorragies dont 17 hématomés et 16 mélanas purs, sans aucun cas mortel. Cependant, ainsi que le fait remarquer cet auteur, le problème était posé, dans son travail, sur un plan différent de celui sur lequel s'était placé DEMOLE.

L'opposition entre la statistique de DEMOLE et la nôtre est peut-être également plus apparente que réelle.

Il peut s'agir en effet, d'une série de malades.

Rappelons que tous les malades dont nous avons relevé les observations étaient hospitalisés, tandis que la série de DEMOLE comprenait une grosse part de consultants.

Nous avons l'habitude, dans le service de gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Antoine, de faire admettre en salle tous les malades qui présentent un état digestif sérieux, et en particulier, systématiquement les ulcères compliqués, pour lesquels l'acte chirurgical se discute.

Il est donc possible que notre série de malades soit d'un autre plan de gravité que celle de DEMOLE, où il s'agissait de malades venus consulter et ayant présenté des hématomés.

Il n'en reste pas moins que, si les chiffres divergent, nous maintenons entièrement la réserve étiologique de cet auteur, puisque 96 ulcères et 23 cancers ne constituent qu'à peine un peu plus de la moitié des hémorragies que nous avons observées.

Nous ne croyons pas que la divergence des chiffres crée une opposition doctrinale.

Dans l'établissement de notre statistique personnelle, nos observations n'ont certes pas toute la solidité de celles de BRONSTEIN, mais nous avons éliminé avec une sévérité particulière ce qui ne répondait pas au cadre clinique et radiologique de l'ulcus.

Et, autant que l'on en puisse juger sur des comptes rendus cliniques pris par d'autres observateurs, le

nombre d'ulcus retrouvés nous semble être même inférieur au chiffre réel.

Quoi qu'il en soit, nous arrivons à un total de 96 ulcères sur 214 observations ; soit 44 % d'hémorragies ulcéreuses. Nous avons vu qu'elles se répartissaient de la façon suivante :

74 cas chez l'homme (dont 48 au-dessus de 40 ans, avec un cas mortel).

Et 22 chez la femme (dont 12 au-dessus de 40 ans).

Ce qui nous donne une mortalité de 1 % pour les hémorragies ulcéreuses.

Il nous a semblé intéressant de confronter ces chiffres avec ceux que nous avons relevés dans la littérature.

Le Congrès de chirurgie français de 1933 admet que la part de l'ulcère dans l'ensemble des hémorragies gastro-duodénales varie de 20 à 70 %, suivant les observateurs. Nous lui empruntons l'opinion de quelques auteurs. D'après MULLER, l'hémorragie se voit dans les 4/5 des ulcères et 11,6 % des hémorragies entraîneraient la mort.

D'après la thèse de SAVARIAUD, la mort par hémorragie survient dans 5 % des ulcères.

DEBOVE et RÉMOND donnent le même pourcentage, MANSELL et MOULIN, ayant relevé tous les cas d'ulcères gastriques admis au London's Hospital de 1897 à 1902, trouvent sur 500 observations, 13 hématomes mortelles, soit 5 %.

TUFFIER et JEANNE en 1905 et CASTAIGNE et DUJARIER, au Congrès français de Médecine de 1907,

donnent un pourcentage de mortalité de 5 à 8 %. MOYNIHAN apporte en 1924 le relevé des cas d'ulcères gastriques et duodénaux décédés de 1910 à 1921 à Leeds Infirmary.

Il trouve :

sur 75 décès par ulcus gastrique	14 hémorragies
sur 129 décès par ulcus dudéal	12 hémorragies
Soit environ 12 %	

CHIESMAN apporte en 1932 une statistique de 1812 cas d'ulcères, dont 191 hémorragies, avec une mortalité globale de 25 % par hémorragie.

F. F. HELLIER trouve sur 303 hématémèses observées au « General Infirmary » à Leeds de 1926 à 1932, 202 ulcères dont 96 confirmés par la radiologie, l'intervention ou l'autopsie. Sur les 202 cas, 36 furent mortels, soit 14,8 %.

Dans les publications étrangères de ces temps derniers on trouve, sous la plume des chirurgiens, des pourcentages de mortalité plus élevés encore.

Les auteurs américains et allemands considèrent l'ulcère rond gastrique ou duodéal comme la cause la plus fréquente des gastrorragies, et ils admettent une proportion de 70 à 80 %. (Nous rappellerons que ce sont les chiffres mêmes de FINSTERER).

Dans les statistiques de BULMER, ce sont encore les ulcères qui se trouvent constituer l'étiologie la plus fréquente.

De 1902 à 1926, sur 526 hématémèses, 467 étaient d'origine ulcéreuse et 48 furent mortelles : soit 10 %.

De 1926 à 1931, dans une statistique portant sur

123 cas, 111 étaient d'origine ulcéreuse et 18 entraînaient la mort : soit 15 %.

BULMER distingue des ulcères aigus et des ulcères chroniques ; Les ulcères chroniques étant les plus fréquents et donnant le pourcentage de mortalité le plus élevé.

Dans sa première publication, BULMER fournit quelques détails intéressants sur la mortalité des ulcères aigus.

Il eut notamment l'idée de classer ses observations selon la gravité des hémorragies. Et cela va nous permettre de confirmer la notion, que dès les premières lignes de ce chapitre nous avons adoptée ; la notion d'accident cataclysmique dominant la mortalité des hémorragies gastro-duodénales.

Sur 19 décès, en effet, 18 survinrent après une seule hémorragie.

« La majorité des cas, dit BULMER, furent admis pour hématomèse grave ».

Et il donne cette répartition des ulcères aigus, admis à la première ou après plusieurs hémorragies selon leur gravité.

	Premières Hémorragies	Hémorragies récidivantes
Cas fatals.....	18	1
Cas très graves (collapsus. à l'arrivée)	22	2
Cas graves	111	18
Cas peu graves	18	1

Sur les 19 décès, il ne fut possible que dans 15 cas

de pratiquer la vérification, et l'autopsie montra la situation des ulcères.

Petite courbure	10 cas
Grande courbure	1 cas
Pylore.....	1 cas
Cardia.....	1 cas
Duodénum	1 cas

Dans le dernier cas, il s'agissait d'hémorragies pétéchiales disséminées sous la muqueuse gastrique. Il est permis de tirer une conclusion du fait que, dans 10 cas la lésion ayant causé la mort siégeait sur la petite courbure. Si l'on veut bien se rappeler que cette région anatomique correspond classiquement à un véritable hile vasculaire de l'estomac ; et que, d'autre part, c'est à l'union de son tiers moyen avec son tiers inférieur que notre maître, M. le docteur Félix RAMOND, situe le point électif où siègent les ulcères gastriques, on comprendra facilement le danger que constitue en ce point, le développement d'une ulcération évoluant vers les troncs artériels du système pylorique et coronaire stomachique.

L'ouverture d'un de ces troncs dans la cavité gastrique entraîne, on le comprend, une perte sanguine assez rapidement élevée, et peut être à l'origine d'une de ces hémorragies cataclysmiques dont nous parlions tout à l'heure.

Nous envisagerons, pour terminer, la question des hémorragies survenant chez les ulcéreux anciennement opérés. On les observe électivement après les

opérations de dérivation sur l'estomac, dans les suites éloignées d'une gastro-entérostomie. Rarement abondantes elles posent néanmoins des problèmes difficiles, puisqu'elles peuvent être dues :

— soit à des adhérences,

— soit à une gastro-jéjunite de la bouche.

— soit, et c'est le cas le plus fréquent, à la reprise de l'évolution ulcéreuse, tant au niveau de l'ulcère ancien qu'au niveau du jéjunum, par développement d'un ulcère peptique.

Envisageant cette question des ulcères peptiques, BULMER établit de 1902 à 1931 une statistique portant sur 578 cas et trouve une mortalité de 10,7 %.

Hommes	— 240 cas — 39 décès	16.2 %
Femmes	— 338 cas — 23 décès	6.8 %

F. F. HELLIER observa de 1926 à 1932, quatorze cas d'ulcères peptiques hémorragiques, mais il n'indique pas la mortalité.

Personnellement, nous n'avons pu nous procurer aucun document utilisable sur cette question. Toutes les hémorragies observées à la suite d'intervention pour ulcus et parvenues à notre connaissance, l'ont été au titre de complications post-opératoires, immédiates le plus souvent.

En résumé, ce rapide exposé des opinions et des statistiques de différents auteurs nous a montré que les ulcères gastro-duodénaux qui saignent sont assez fréquents. Nous retiendrons que dans la thèse de

BRONSTEIN, un tiers des 100 cas observés étaient entrés pour des hémorragies ou en avaient présenté antérieurement : et nous rappellerons que pour TREMOIÈRES et CAUSSADE, la moitié des ulcères saigneraient.

Sur la fréquence des hémorragies dans les ulcères gastro-duodénaux, la quasi totalité des auteurs est d'accord. Où les opinions divergent, c'est dans l'attribution de la part qui revient aux ulcères, au regard de la totalité des hémorragies gastro-duodénales et dans l'appréciation de leur gravité.

Il semble bien que si l'on envisage le problème du point de vue de l'étiologie des hématémèses, il faille suivre les récentes conclusions de GUTMAN et admettre que les ulcères ne sont pas la cause la plus fréquemment rencontrée.

Par ailleurs, il est non moins probable que l'on ait jusqu'ici exagéré leur gravité, et que le pourcentage de mortalité doit être abaissé à des chiffres se rapprochant plutôt de 3 à 5 %.

Ainsi, aura-t-on la possibilité d'estimer à sa véritable valeur l'importance des ulcères dans l'étiologie des hémorragies gastro-duodénales.

*
* *

Toutes les autres causes fournissent environ 80 % des cas du mémoire de DEMOLE. Dans notre statistique nous trouvons encore 23 hémorragies d'origine gastrique par cancer ; le reste étant partagé entre les

affections hépato-vésiculaires et des états sur lesquels les documents que nous avons réunis ne nous ont permis de poser aucun diagnostic. Bien souvent d'ailleurs, il n'en avait pas été fait à ce moment.

Nous trouvons ainsi, à côté des 23 hémorragies cancéreuses, 33 hémorragies d'origine hépatique et 62 cas d'étiologies diverses ou indéterminées.

*
* *

Les cancers de l'estomac ne donnent lieu que très rarement à des hémorragies gastro-duodénales de grande abondance.

BALFOUR estime que la grosse hémorragie ne se rencontre que dans 7,5 % des cas, et encore nous pensons que c'est un chiffre trop élevé.

S'il est juste en effet, d'admettre que les gastrorragies constituent un des symptômes les plus fidèles et les plus significatifs du néoplasme, il faut insister sur leur caractère torpide. Le cancer saigne souvent, mais peu. Aussi les hématémèses sont-elles rares, exceptionnellement de sang rouge ; et, le plus souvent, c'est par un melœna que se traduiront les gastrorragies. Plus souvent encore, elles passeront inaperçues et il convient de rappeler ici l'importance capitale des hémorragies occultes, que décèle seulement l'examen systématique des selles.

Aussi, la mortalité par hémorragie est-elle peu élevée dans le cancer et seule, la persistance remarquable des hémorragies occultes peut-elle entraîner à la

longue une anémie progressive, contribuant au développement de la cachexie.

Nous n'avons relevé en quinze ans, que 23 observations de cancer gastrique avec hémorragies cliniquement appréciables ; et sur ces 23, un seul décès.

Ce qui nous donne une mortalité de 4 %.

Dans la plupart des cas il s'agissait presque uniquement de melœna pur et, pour la moitié d'entre eux de melœna itératif.

Dans la statistique de BULMER, les hémorragies cancéreuses ne représentent que 1,5 % des cas. Sur 506 observations, en effet, il n'a trouvé que 7 cancers, dont six cas mortels. Trois d'entre eux moururent d'hématémèse et à l'autopsie on trouva :

Dans deux cas, une ulcération des vaisseaux pancréatiques, et dans le 3^e une ulcération de l'artère splénique.

On voit le caractère exceptionnel de tels accidents, et l'on doit remarquer pour conclure que, dans ces cas, il ne peut être question d'envisager un seul instant la discussion d'une intervention chirurgicale.

*
* *

Sous le nom d'hémorragies gastro-duodénales d'origine hépatique, nous n'avons retenu que celles survenant au cours des affections chroniques du foie et des voies biliaires. L'éthylisme en constituait le terrain habituel, et nous avons rencontré beaucoup de

cirrhoses ; par contre très peu de cholécystites : cinq ou six au plus.

Au total nous avons groupé 33 cas, soit 15 % sur l'ensemble de nos observations.

25 concernaient des hommes.

8 concernaient des femmes.

Près de la moitié de ces hémorragies furent itératives et, un seul cas entraîna la mort (Observation III).

Cette proportion de 3 % que nous obtenons dans la mortalité des hémorragies gastro-duodénales d'origine hépatique, nous paraît être au-dessous de la réalité. Nous avons l'impression en effet, que ce chiffre est sans rapport avec la gravité habituelle de ces hémorragies profuses, répétées, fatalement épuisantes pour un organisme amoindri par l'insuffisance hépatique.

Nous avons trouvé dans la littérature des pourcentages beaucoup plus élevés.

F. F. HELLIER a observé deux cas mortels sur dix cirrhoses avec hémorragies gastro-duodénales. Soit une proportion de 20 %.

Et BULMER, relevant 8 décès sur 25 hématémèses d'origine hépatique, arrive à la proportion de 32 %.

Nous pensons que sur ce point, notre statistique est entâchée d'une erreur due à une documentation souvent trop fragmentaire. Nous avons, en effet, volontairement écarté un certain nombre de cas dont l'étiologie hépatique très probable, ne nous semblait pas suffisamment établie, et dans lesquels la vérification nécropsique n'avait pu être faite.

Parmi les observations que nous avons retenues, quelques-unes seulement concernent des hémorragies observées au cours de la lithiase biliaire, soit comme un accident révélateur, soit comme une complication d'une lithiase avérée.

L'hématémèse d'emblée est exceptionnelle. C'est rarement aussi, qu'au cours d'une lithiase typique apparaissent des hémorragies occasionnelles, mais leur fréquence devient beaucoup plus grande dans les cholécystites chroniques, calculeuses ou non, évoluant sous le couvert d'une dyspepsie hypersthénique secondaire.

Avec GUTMAN, AUBIJOUX, MAUVAIS et P. CHÊNE, nous attribuons à ce groupe une certaine importance, surtout par les fréquentes confusions qu'il entraîne avec l'ulcus. Cependant, aussi bien par leur petit nombre, que par leur moindre gravité, ces accidents sont loin de présenter l'importance que l'on reconnaît classiquement aux hémorragies digestives des cirrhotiques.

Elles peuvent s'observer dans toutes les variétés de cirrhose, mais nous les avons surtout rencontrées au cours de l'évolution des cirrhoses veineuses d'origine alcoolique. Dans de nombreux cas elles furent le symptôme révélateur d'une cirrhose méconnue ; pour les autres, elles survinrent à l'hôpital même, chez des malades en cours de traitement. Nous avons perdu de vue ces malades à leur sortie du service et il ne nous est pas possible de préciser l'influence des hémorragies sur l'évolution de leur cirrhose.

Mais on en connaît la fréquente gravité, et la constatation d'une hémorragie digestive, au cours des cirrhoses hépatiques, entraîne habituellement comme corollaire un pronostic sévère. Si parfois en effet il ne s'agit que d'un accident isolé, dans la règle, les hémorragies se répèteront à intervalles plus ou moins éloignés.

Dans le groupe de malades que nous avons observés, 14 sur 33 présentèrent des hémorragies itératives.

Quant au mécanisme de ces hémorragies, si la vieille théorie de l'hypertension portale l'expliquait par la lésion relativement locale des varices œsophagiennes, il semble beaucoup plus complexe depuis l'apparition des théories modernes. Ces théories, basées sur les troubles de la crase sanguines (DOYON) sur la fragilité des capillaires (FIESSINGER et DIACONESCU) ou sur le rôle de la rate, sont encore à l'étude et, n'ayant pas à nous étendre sur ce point particulier, nous ne ferons que les rappeler, sans prendre position.

Quelle que soit la pathogénie proposée, nous nous bornerons à faire intervenir, avec FAROY et VOILLEMINE, la notion de lésions associées du tube digestif, pré ou coexistantes : « gastrites, duodénites, lésions qui constituent un point d'appel pour les hémorragies, alors que les troubles vasculaires et sanguins viennent en conditionner la durée, l'abondance et la répétition . »

Dans ce même ordre d'idées, nous rappellerons les altérations vasculaires des parois gastriques, consta-

tées par DELARUE et MAISON, au cours des splénomégalias.

*
* *

Il nous reste à étudier maintenant le dernier groupe de notre classification ; celui dans lequel nous avons rassemblé les hémorragies gastro duodénales d'étiologies diverses ou douteuses. Il est d'importance relativement grande, puisqu'il comprend 62 cas, c'est-à-dire 30 % de nos observations.

C'est de loin, celui dans lequel nous avons rencontré la mortalité la plus élevée, qui atteint 18 %.

Ces chiffres élevés s'expliquent, comme nous l'avons déjà vu, par le fait que nous avons rattaché à ce groupe tous les cas dont l'étiologie probable, ulcéreuse ou hépatique, n'avait pu être confirmée, soit par l'interrogatoire, soit par des examens cliniques et radiologiques, soit par l'intervention ou l'autopsie. En dehors de ces cas indéterminés, il en est d'autres dans lesquels, malgré des examens répétés, nous n'avons découvert aucune étiologie possible et pour lesquels nous avons laissé l'étiquette d'hémorragie cryptogénétique. Enfin, le reste se rapporte à des étiologies diverses et dans le détail desquelles nous n'entrerons pas. Il nous suffira de citer les principales.

La syphilis gastrique nous fut prouvée dans un certain nombre de cas par les heureux résultats d'un traitement d'épreuve.

- soit sous la forme hémorragique pure ;
- soit dans la forme douloureuse à type d'ulcus.

Nous avons également observé deux crises noires de CHARCOT, sans lésions ulcéreuses associées, chez des tabétiques faisant des crises gastriques à répétition. Malgré l'abondance parfois très grande de l'hémorragie, nous n'avons pas relevé de cas mortels.

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'incriminer des gastrites éthyliques, mais sans pouvoir affirmer, malgré l'absence des signes de cirrhose au début, que nous n'avions pas plutôt affaire à une cause hépatique. Dans quelques cas, nous avons maintenu le diagnostic de gastro-duodénites hémorragiques, après des examens cliniques et radiologiques répétés ; beaucoup plus rarement celui d'hémorragies, consécutives à des péri-viscérites ou à une appendicite chronique.

A plusieurs reprises, il nous a été donné d'observer des hémorragies digestives chez des hypertendus et des artério-scléreux, sans lésions gastriques ou sans tare hépatique apparente, et nous rappellerons, avec le Professeur CARNOT, leur intérêt et leur relative fréquence. Enfin, nous n'avons pas trouvé, dans notre série de malades, un nombre assez important de splénomégalies chroniques, primitives ou secondaires, pour pouvoir émettre un avis sur la question des hémorragies d'origine splénique.

*
* *

Une étiologie assez curieuse nous a paru mériter d'être signalée à part.

Une de nos malades nous fut adressée par un service de chirurgie, dans lequel elle avait présenté une hématomérose, le soir même de l'extirpation d'un ménisque du genou sous rachi-anesthésie.

L'examen de cette malade nous mit en présence d'un ulcus duodénal dont elle n'avait jamais souffert. La rachi-anesthésie a-t-elle joué le rôle de cause déclenchante, ou est-ce pure coïncidence ? Nous ne saurions le dire.

*
* *

La conclusion de cette enquête étiologique est que : à côté du groupe des hémorragies gastro-duodénales relevant d'une lésion organique et locale, il existe une grande quantité de cas (80 % selon GUTMAN et DEMOLE) où l'origine organique et locale ne se retrouve pas. Ce sont ces cas étudiés par F. RAMOND, Ch. JACQUELIN et P. CHÊNE, sous le nom d'hémorragies digestives solitaires sans ulcus, qui doivent nous inciter à considérer les sujets ayant présenté des hémorragies gastro-duodénales, autant comme des malades atteints d'une affection générale que comme des porteurs d'une lésion gastrique.

Ce doute étiologique important, qui termine notre exposé, nous sera présent à l'esprit dans le choix de nos indications thérapeutiques et nous permettra de limiter strictement les décisions chirurgicales.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

Tout le problème thérapeutique des hémorragies gastro-duodénales s'est concentré depuis de longues années, autour de l'opportunité de l'intervention chirurgicale.

Nous en trouvons l'historique résumé dans un article de MALLET Guy. « Le débat qui oppose Médecins et chirurgiens, écrit-il, est vieux de 50 ans, depuis les premières tentatives opératoires de Von EISELBERG en 1880, depuis celles de Von KLEEF, de GAILLARD; depuis le premier succès du traitement chirurgical qu'apporta, en 1893, ROUX de Lausanne. Cette période des premiers enthousiasmes, marquée aussi par les réquisitoires de BOUVERET, les plaidoyers de DIEULAFOY, les désillusions de MIKULICZ, se ferme en 1893 avec la thèse de Savariaud, qui relève au passif de la chirurgie une mortalité de 66 %.

Pendant une vingtaine d'années ce fut le triomphe du traitement médical. »

Le Professeur HARTMANN, en 1928, considère l'intervention comme contre indiquée « sauf le cas où l'hémorragie se produit chez un malade ayant des

signes de sténose pylorique et des contractions stomacales violentes ».

Les arguments développés dans tous les travaux qui se sont alors occupés de la question peuvent se ramener à quatre.

1^o La fréquence de la cessation de l'hémorragie à la suite du seul traitement médical.

2^o La haute gravité de l'intervention chez ces malades en état d'anémie aiguë.

3^o La difficulté parfois très grande de l'opération.

4^o Et enfin son inutilité incontestable lorsque l'on ne découvre pas de lésions organiques locales.

Actuellement encore, ainsi que l'écrit SOUPAULT : « deux thèses s'opposent dans le traitement des hémorragies gastro-duodénales. »

Celle de l'absention chirurgicale, qui fut défendue par Von LEUBE et MIKULICZ au 26^e Congrès des chirurgiens allemands ;

— celle de l'intervention systématique, dont DIEULAFOY se fit le champion à l'Académie de médecine en 1898. »

La thèse de l'intervention, ardemment reprise ces temps derniers, à l'étranger par FINSTERER et en France par l'école Bordelaise, semble avoir orienté la tendance du Congrès de chirurgie français en 1933 qui conclut : « La doctrine de l'intervention chirurgicale, à peu près systématique, est venue s'affirmer, après la vulgarisation de la transfusion sanguine et parallèlement à ses succès. »

Nous lui opposerons la conclusion adoptée en 1930

par notre Maître M. le Dr Félix RAMOND et ses assistants, Ch. JACQUELIN et P. CHENE : « Il nous paraît moins grave de s'abstenir que d'intervenir. Nous savons bien malheureusement, qu'il n'est pas impossible que l'hémorragie soit spontanément mortelle, mais cette éventualité est en somme exceptionnelle, et il est peu probable qu'en pareil cas l'intervention eut réussi. En général, soit spontanément, soit sous l'influence des thérapeutiques médicales, l'hémorragie s'arrête. »

* * *

Tous les malades dont nous avons réuni les observations ont reçu le traitement habituel du service.

Nous distinguerons trois sortes d'éventualité :

les cas légers,

les cas moyens,

les cas graves.

Mais dans tous les cas, deux facteurs communs sont d'une importance primordiale : l'immobilité et la diète . L'immobilité est une règle évidente qui s'impose d'elle-même au malade, que l'on se contentera de diriger. Nous faisons coucher le malade, la tête à plat, en lui interdisant tout mouvement, toute conversation ; en évitant toute agitation. A ce propos, il importe de souligner que nous n'employons jamais de morphine.

Les malades n'en ont pas besoin, et son emploi n'est pas sans danger. Il est exceptionnel en effet,

d'observer à la suite des hémorragies gastro-duodénales, cet état d'angoisse impressionnant habituel aux hémoptysies. Par ailleurs, si la morphine agit d'une façon certaine sur le centre de la toux, et si son action sédative est d'un secours fort appréciable dans les hémoptysies, il n'en est pas de même dans les gastrorragies. LEVEN, qui cependant l'utilise dans les hématomésès, ne peut s'empêcher de lui reconnaître des inconvénients sérieux en cas d'intolérance. Et, P. CHÈNE écrit « sans aller aussi loin que BULMER, qui fait de son emploi un facteur de gravité dans les hématomésès, nous sommes convaincus que la morphine risque de réveiller chez les malades des vomissements, et de provoquer un nouveau saignement. »

Pour éviter l'agitation que provoquent les contractions douloureuses, chez les ulcéreux en période de crise par exemple, la vessie de glace sur l'abdomen est un utile adjuvant.

Par contre la glace à sucer nous paraît un de ces gestes illusoire dont l'action est tout à fait relative sur l'estomac. Nous préférons, au moment de l'accident, une diète absolue et d'autant plus prolongée, que l'hémorragie est plus abondante. Au bout d'un temps variable, deux à cinq jours en moyenne, nous permettons l'ingestion d'eau glacée à doses progressivement croissantes, puis le bouillon de légumes, puis le lait.

Quand l'hémorragie est arrêtée, nous réhydratons le malade par des injections sous-cutanées de sérum

physiologique et l'instillation de sérum glucosé, en goutte à goutte intra-rectal.

Telle n'est pas l'opinion de l'auteur allemand MEULENGRACHT. Longtemps il a mis ses malades (hématémèses et melœna) à la diète plus ou moins complète. Mais depuis deux ans il leur donne dès le premier jour une alimentation abondante.

Selon lui en effet, il n'est pas judicieux de priver de nourriture des malades qui ont besoin de renouveler leurs forces, et il lui paraît pour le moins douteux que la vacuité de l'estomac et la présence de suc gastrique acide soient particulièrement utiles à l'hémostase.

MEULENGRACHT invoque à l'appui de son opinion les résultats de la comparaison des deux méthodes.

De 1928 à 1930 il a observé 75 cas d'hématémèses et melœna, auxquels fut appliqué le régime de la diète.

Sur les 75 cas, 12 furent mortels, soit 15 %.

6 par cirrhose,

4 par ulcus,

1 par gastrite hémorragique.

Dans le premier cas, l'autopsie même ne put préciser l'étiologie.

De 1931 à 1933, au contraire, appliquant sa méthode originale, MEULENGRACHT ne relève plus que 5 décès sur 119 cas; soit 4 %.

1 par ulcus juxta pylorique, arrivé dans le coma, avec décès à l'admission.

1 par ulcus peptique avec perforation ,

2 par cancer gastrique,

1 par maladie de Banti.

Les 114 autres malades auraient supporté l'hémorragie et le shock consécutif très facilement.

« Il est difficile, ajoute l'auteur, de conclure sur un si petit nombre de cas. La différence de mortalité est remarquable, mais les groupes de malades sont hétérogènes et comprennent quelques cas de cancer et quelques hémorragies par rupture de varices. Cependant, en faisant abstraction de ces cas, il est apparu une diminution très marquée de la mortalité par hémorragie ulcéreuse à la suite de l'institution d'une alimentation. On ne peut pas conclure que l'alimentation agit comme hémostatique, mais on peut dire qu'elle n'a pas sur l'hémostase d'influence défavorable. »

Nous ne suivrons pas l'auteur allemand sur ce terrain et nous persistons à ne pas alimenter nos malades, ne serait-ce que pour éviter les contractions que provoque le passage de la nourriture.

Comme thérapeutique médicamenteuse, dans les cas légers, nous nous contentons, de quelques hémostatiques, utilisant : soit le sérum anti-hémorragique de DUFOUR et le HELLO (Anthema), soit le sérum gélatiné à 10 ‰ en injections sous-cutanées de 10 cm³.

soit la pectine, dont nous donnons per os, de 2 à 3 ampoules de 20 cm³ de la solution à 2 ‰.

Les jours suivants si nous soupçonnons une étiologie ulcéreuse, nous utilisons les pansements gastriques notamment le pansement à la gélose gélatine.

Gélatine pulvérisée	0 gr. 20
Gélose.....	0 gr. 50

(En parquets à jeter dans une infusion aromatique chaude, prise le matin à jeun et le soir).

A ces pansements on peut ajouter un anti-hémorragique, comme le chlorure de calcium à la dose quotidienne de 2 à 4 grammes.

Lorsque le malade est un ulcéreux avéré, que sa lésion siège au voisinage du pylore, nous adjoignons à ces médications l'injection sous cutanée de sulfate d'atropine (1 /4 de milligr.) qui nous semble un précieux adjuvant pour calmer l'hyperkinésie et mettre l'estomac au repos.

Si nous suspectons un trouble de la crase sanguine ou une insuffisance hépatique, nous utilisons l'opothérapie hépatique.

Les toni-cardiaques, les injections de caféïne, de spartéïne, huile camphrée ou solucamphre n'ont pas d'indications absolues, mais seront utiles pour soutenir l'état général.

Dans les cas moyens, lorsque le premier vomissement sanglant est abondant ou qu'il se répète, nous avons recours à des procédés plus actifs lorsqu'il faut agir rapidement.

A l'ergotine et à l'adrénaline. la première sans effet, la deuxième dangereuse par ses réactions secondaires, nous préférons l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, en injection intra-veineuse. En observant les conseils classiques de prudence on ne craint ni shock,

ni accident et il est bien rare que l'hémorragie se reproduise.

Évidemment nous associons à cette médication d'urgence les prescriptions décrites au précédent paragraphe, notamment les hémostatiques et le sérum physiologique.

Ce n'est qu'aux cas évidemment très graves que nous réservons la transfusion sanguine. En principe, il faut ne pas en abuser et ne la tenir que pour un remède aux conséquences immédiates de la grande hémorragie, c'est-à-dire l'anémie grave.

Nous ne la conseillons jamais d'emblée. Au moment de l'accident, nous restons fidèles à l'hypophyse et aux anti hémorragiques habituels.

Il nous semble préférable d'attendre la cessation du saignement, de 12 à 24 heures, avant de pratiquer la transfusion, et il nous paraît utile de la faire abondante de 500 cm³ à 1 litre.

*
* *

Le traitement chirurgical d'urgence nous laisse par contre beaucoup plus sceptiques.

Malgré l'usage de la transfusion, et le perfectionnement des techniques opératoires, il nous semble que les résultats sont trop inférieurs à ceux que donne le traitement médical pur et simple.

Sans aucun doute, les statistiques chirurgicales se sont améliorées, et l'on est loin aujourd'hui de la haute mortalité post-opératoire des premières années.

Mais nous estimons que les insuccès sont encore trop nombreux et surtout que les indications véritablement logiques ne répondent pas à la thèse de l'intervention systématique.

Nous trouvons, cités par Edmond GUR, les pourcentages suivants de mortalité, après intervention pour hémorragies gastr-duodénales.

HARTMANN	(1897)	—	9 cas	—	mortalité	66 %
SAVARIAUD	(1898)	—	15 cas	—	mortalité	66.6 %
MAYO ROBSON	(1900)	—	42 cas	—	mortalité	64.2 %
RODMAN	(1900)	—	32 cas	—	mortalité	46.9 %
TUFFIER et JEANNE	(1905)	—	42 cas	—	mortalité	35.7 %

D'après GUR, sur 93 hémorragies aiguës, la mortalité opératoire est de 32 %. Mais, dit-il, « les opérations effectuées au cours des dix dernières années (1911-21) donnent de meilleurs résultats, et la mortalité opératoire s'abaisse à 11,7 % ».

Pour FINSTERER, plus que la technique, c'est la précocité de l'intervention qui importe.

Sur 54 opérations, FINSTERER a perdu 11 malades ; mais il insiste sur le fait que : sur 22 opérés dans les premières 24 heures après le début de l'accident, un seul est décédé (soit 4,5 %) ; tandis que sur 32 opérés de façon plus tardive, (certains même au 10^e jour) 10 sont morts (soit 31 %).

Dans une autre statistique, FINSTERER rapporte 42 interventions précoces, avec deux décès (soit une mortalité opératoire de 4,8 %) et il conclut :

« Les résultats d'ensemble du traitement chirurgical des hémorragies gastro-duodénales graves se-

ront dans l'avenir d'autant meilleurs que diminuera le nombre des cas traités médicalement, qu'augmentera le nombre des interventions précoces. »

Nous pensons au contraire, qu'il faut se montrer prudent à l'extrême sur ce point, que pousser la main du chirurgien risque dans bien des cas d'entraîner un échec ; et les indications opératoires doivent être, à notre avis, posées avec un discernement judicieux.

Le diagnostic d'intervention sera dominé par la notion de lésion organique locale.

Dans ces cas seuls, en effet, le traitement chirurgical, toujours associé d'ailleurs à un traitement médical de fond, méritera d'être envisagé, parce qu'il a pu sauver des cas désespérés, parce qu'il est logique, si c'est une artère qui saigne. Il semble donc que l'intervention doive être réservée à certains cas bien déterminés, c'est-à-dire :

1^o Au cas où l'hémorragie est sûrement d'origine artérielle, ce que traduiraient la brusquerie de son apparition, son abondance immédiate et l'étude du sang vomi (qui serait du sang pur, s'opposant au sang plus dilué d'une hémorragie veineuse).

2^o Au cas où, l'origine ulcéreuse étant nettement affirmée, quelques notions particulières permettent de redouter l'inefficacité du traitement médical.

Ainsi par exemple, s'il survient une hémorragie sévère au cours d'un ulcère de localisation connue, évoluant depuis longtemps chez un homme âgé, ce qui permet de penser à un vieil ulcus calleux « mordant »

sur la petite courbure ; ou chez un malade porteur d'une niche radiologique bulbaire importante, ce qui fait redouter l'atteinte de la gastro-duodénale.

De même, lorsque chez un ulcéreux avéré, la répétition des « vagues » d'hématémèses ou un melœna abondant et persistant s'accompagne de symptômes d'hémorragie interne grave, l'étude de la tension artérielle, la numération globulaire, ont alors un intérêt incontestable ; et surtout la surveillance de l'évolution jusqu'au troisième jour, qui constitue une véritable phase critique au-delà de laquelle TIXIER et CLAVEL conseillent de ne plus temporiser.

Ce n'est que dans ces cas précis, où l'on a des chances presque certaines de trouver une lésion macroscopique, que l'on doit conseiller l'intervention chirurgicale.

Dans les cas où l'on doit opérer, on le fera d'urgence, en commençant par une transfusion pré-opératoire que l'on pourra d'ailleurs répéter ou continuer pendant l'intervention comme le fait ROBINEAU.

L'anesthésie sera la plus légère possible ; l'anesthésie locale étant à préférer. L'intervention elle-même a été des plus discutée, c'est une question d'écoles. Quelle que soit la technique adoptée, il convient d'y adjoindre un traitement post opératoire de la plus grande importance.

Les résultats sont variables, mais en général bien décevants. FINSTERER donne en 1931 les chiffres suivants.

35 résections précoces	34 guérisons	mortalité..	2.8 %
42 résections tardives	29 guérisons	mortalité..	31 %

Le Congrès de chirurgie français de 1933, étudiant l'ensemble des observations publiées d'hémorragies gastro-duodénales graves d'origine ulcéreuse, établit sur 455 cas, la statistique suivante :

Traitement médical.....	411 cas	89 guérisons, 29 décès
		Mortalité... 21,12 %
Gastro entérostomie	62 cas	40 guérisons, 22 décès
		Mortalité... 35,48 %
Jejunostomie.....	24 cas	14 guérisons, 10 décès
		Mortalité... 41,79 %
Ligatures artérielles et G. E....	35 cas	29 guérisons, 6 décès
		Mortalité... 17,14 %
Suture ou excision de l'ulcus....	65 cas	51 guérisons, 14 décès
		Mortalité... 21,53 %
Gastro pyloréctomie ou gastro duodénéctomie.....	149 cas	120 guérisons, 29 décès
		Mortalité... 19,46 %

De cette statistique, se dégage assez nettement la tendance chirurgicale actuelle, dans les hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse. Les pourcentages de mortalité nous semblent pourtant bien élevés, et nous sommes d'avis qu'en la matière, il ne faut pas se montrer trop interventionniste.

Devant le nombre véritablement minime des cas mortels, devant la difficulté fréquente d'établir avec certitude l'étiologie organique et locale, devant la difficulté enfin qu'éprouve souvent le chirurgien à

situer le point qui saigne, nous croyons qu'il importe de limiter strictement les indications opératoires.

Ainsi que l'écrit Paul CHÊNE : « A froid, la notion d'hémorragie dans le passé d'un ulcéreux fait pencher vers la nécessité de l'exérèse. A chaud, l'ulcère qui saigne pourra être opéré si l'hématémèse est violente ou se répète, si le *melœna* retentit vite d'une façon inquiétante sur la tension artérielle et la formule sanguine. »

Pierre DUVAL et J. Ch. ROUX estiment que « pour les hémorragies graves, pour les menaces de perforations, l'abstention opératoire paraît être la règle, alors que pour la perforation constituée l'opération effectuée le plus vite possible est l'impérieuse nécessité ».

Les mêmes auteurs ajoutent que « de longues semaines sont nécessaires après la fin d'une crise d'infection de l'ulcère, pour pouvoir pratiquer de toute sécurité, sans danger de disséminer une infection non encore éteinte, l'opération directe ou indirecte nécessaire ».

Enfin dans les cas où l'étiologie de l'hémorragie est incertaine, l'avis des abstentionnistes doit prévaloir. « Cette prudence est d'autant plus légitime, affirme le Dr CHÊNE, que l'extrême rareté des hémorragies immédiatement mortelles est à mettre en balance avec le pronostic assez sérieux d'une gastrectomie chez un sujet très anémié, et dont l'intégrité du parenchyme hépatique peut être mis en doute. »

Nous n'insisterons pas sur les autres interventions

récemment tentées contre ces hémorragies gastro-duodénales d'étiologie douteuse. La découverte du rôle important que jouerait la rate dans leur apparition a conduit quelques chirurgiens à la splénectomie. Nous n'en avons pas vu suffisamment de cas pour pourvoi en tirer des conclusions.

CONCLUSIONS

1^o Notre statistique purement médicale, établie dans le service de gastro entérologie de l'hôpital Saint Antoine de 1920 à 1935, nous donne une mortalité de 6,5 % sur un total de 214 hémorragies gastro-duodénales observées.

2^o La gravité de ces hémorragies augmente avec l'âge ; les cas mortels frappant presque tous des malades ayant dépassé quarante ans.

Nous avons trouvé une mortalité plus grande chez la femme que chez l'homme, contrairement aux proportions fournies habituellement.

3^o Du point de vue séméiologique, l'accident hémorragique d'origine gastro-duodénale se produit dans 8 % des cas par vagues se prolongeant au-delà de 24 heures.

Du point de vue évolutif, la répétition des accidents que nous avons constatée dans 40 % des cas, n'est l'apanage exclusif d'aucune étiologie.

4^o Parmi les étiologies suffisamment établies par les observations détaillées, la proportion d'ulcères gastro-duodénaux, tout en restant réduite, est cependant appréciable : 44 %. En y ajoutant les cas de

cancer gastrique, les causes locales, organiques d'hémorragies gastro-duodénales, constituent à peine la moitié des observations.

Nous ne croyons pas qu'il faille opposer statistiques médicales et statistiques chirurgicales, et regretter que les opérations ne soient pas plus nombreuses et plus précoces. Trop souvent les statistiques chirurgicales ne tiennent compte que d'un petit nombre de faits. Si l'on envisage le problème dans son ensemble, les hémorragies gastro-duodénales mortelles sont assez rares et le fait de se contenter d'un traitement médical ne paraît nullement en assombrir le pronostic.

VU : *Le Doyen*
ROUSSY

VU : *Le Président de thèse*
CARNOT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ANDRESEN. — The treatment of gastric hemorrhage. *Long Island med. Journal*, XXII, 1928, n° 6, p. 33.
- Treatment of gastric hemorrhage. *Journ. amer. med. assoc.*, LXXXIX, 1927, n° 17, p. 1397.
- BÉGOUIN (Pr). — Réflexions sur le traitement des grandes hémorragies gastro-duodénales. *Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux*, 23 janvier 1930, *Bordeaux chirurgical*, n° 2, juillet 1930, p. 176.
- BRONSTEIN. — Réflexions sur la clinique de 100 cas d'ulcères gastroduodénaux. *Thèse Paris*, 1934.
- BORSZÉKY. — *Beitrag zu Kl. chirurgie*, vol. LVII, p. 56.
- BULMER. — The mortality from hematemesis. *Lancet*, 1927, CCXIII, n° 5421, p. 168. *Lancet*, 1^{er} octobre 1932.
- CHÊNE (P.). — Traitement des hématomés. *Le jeune médecin*, n° 93, 28 février 1935.
- CHÊNE (P.) et DELARUE. — Traitement des hémorragies gastriques.
- CHIESMAN. — Mortality of severe hemorrhage from peptic ulcers. *The Lancet*, 1932, 1^{er} octobre, vol. CCXXIII.
- DAMADE. — Réflexions sur le traitement des grandes hémorragies gastro-duodénales. *Gaz. hebd. des sciences médicales de Bordeaux*, LI, 1930, n° 10, p. 151. *Courrier med.* (Paris), LXXX, 1930, n° 38, p. 533.
- DELAFONTAINE. — Les hématomés. Variétés étiologiques et traitement. *La médecine*, avril 1930, n° 6.
- DELORE et GIRARDIER (J. de). — Au sujet du traitement chirurgical des hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse. *Presse médicale*, n° 69, 29 août 1928, p. 1092.

- DEMOLE. — Contributions à l'étude de l'origine des hématomésés, *Thèse Paris*, 1931.
- FINSTERER. — Hémorragies gastro-duodénales. *Beitrag zur klin. chirurgie*, 1910, t. LXV, p. 621 ; *Deutsch Zeitsch für chir.*, 1920, t. CLVII ; *Wiener. Med. Woch* ; 1922, LXXII, n° 20, 1924, LXXIV, n° 47 ; *Wiener. Klin. Woch.*, 1922, XXV, 4 sept. 1931, XLIV, 1125, 1160, 1185.
- GUR (E.). — Les hémorragies aiguës au cours des ulcères et des ulcérations de l'estomac et du duodénum. *Thèse Paris*, 1921.
- HARTMANN (Pr). — Travaux de chirurgie anatomo-clinique, 1^{re} série 1903, p. 213 ; 7^e série 1928, p. 25.
- HELLIN. — L'Étiologie et la mortalité des hématomésés. *The Lancet*, 8 décembre 1934.
- HINTON. — Bluding gastric and duodenal ulcers. *Annals of surgery*, 1931, XCII, p. 844.
- KELLING. — Beitrag zur Behandlung lebeusgefährlicher Magen-darmblutungen, *Munch. mediz. Woch* ; 15 octobre 1920.
- LEFÈVRE et BROUSTET. — Indications opératoires dans les ulcères hémorragiques de l'estomac et du duodénum. *Gaz. hebd. sci. med. de Bordeaux*, LI, 1930, n° 12, p. 179 ; *Soc. de Méd. et de chirurgie de Bordeaux*, 13 décembre 1930 ; *Bordeaux chirurgical*, n° 2, p. 171, juillet 1930.
- LÉO. — Ulcère duodénal hémorragique. *Bull. et mém. soc. des chir. de Paris*, XVIII, 1926, n° 7, p. 300.
- MALLET (Guy). — Sur cinq observations d'ulcères gastriques hémorragiques traités chirurgicalement. *Lyon Medical*, an LXII, t. CXLV, n° 10, 9 mars 1930, p. 304.
- MATHIEU et ROUX (J. Ch.). — Pathologie gastro-intestinale. G. Doin, éditeur, 4^e édition, 1923, t. I.
- MEULENGRACHT. — Behandlung von hematemesis und melœna, *Klin. Wochenshr*, XII, 1934, n° 1, p. 49.
- MORHARDT. — Les hématomésés et leur traitement. *La vie médicale* (Paris), VIII, 1927, n° 24, p. 1247.
- PAPIN. — Réflexions sur le traitement des grandes hémorragies gastro-duodénales. *Soc. de méd. et de chirurgie de Bordeaux*, 23 janvier 1930 ; *Bordeaux chirurgical*, n° 2, juillet 1930, p. 175.
- PAPIN et WILMOTH. — Le traitement chirurgical des grandes

hémorragies gastro-duodénales d'origine ulcéreuse. *Congrès français de chirurgie*, 1933, 13 octobre, p. 795.

PATERSON. — *Proceeding Roy. Soc. med.*, London, 1924, XVII.

PAUCHET. — Faut-il intervenir d'urgence dans les hémorragies gastriques ? *Bull. et mém. de la soc. de médecine de Paris*, 1926, n° 8, p. 281.

— Les gastrorragies abondantes. Faut-il opérer ou s'abstenir ? *La clinique* (Paris), 1927, XXII, n° 91, 1^{er} octobre, p. 363.

— Traitement des hémorragies gastro-duodénales profuses. *Bull. et memo. de la soc. des chirg. de Paris*, XXV, 1933, n° 9, p. 355 ; 1927, n° 17, p. 541 ; 1927, 2 décembre p. 771.

RAMOND. — *Maladies de l'estomac et du duodénum*, Masson et C^{ie} éditeur.

RAMOND, JACQUELIN, CHÊNE. — *Société de gastro enterologie*, 7 juillet 1930 ; *Arch. des Maladies de l'appareil digestif et des maladies de la nutrition*. t. XX, n° 8, octobre 1930, p. 962.

ROBIN (Albert). — *Les maladies de la nutrition*, J. Rueff, éditeur, 1904.

RÔGER, WIDAL, TEISSIER. — *Nouveau traité de Médecine*. Fasc. XI Fasc. XII, 2^e édition 1926, Masson et C^{ie} éditeur.

SOUPAULT. — Les indications et les contre-indications opératoires dans les hémorragies aiguës d'origine gastro-duodénale.

URRUTIA. — Tratamiento de las hemorragias gastro duodénales. *Archives de Med, cir, y espec*, XX, 1925, n° 10, 5 sept. ,pa. 443.

ZWEIGE. — *Wien. Klin. Woch.*, 1918, n° 22, p. 611.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 2-11-1935.

